2

Zur Casuistik

der primären

Vaginal- und Vulva-Carcinome.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

hohen medicinischen Facultät in Bern.

Vorgelegt von

Anna Ingerman-Amitin

aus Russland.

Bern.

Buchdruckerei K. J. Wyss.

1893.

Auf Antrag des Hrn. Prof. *Müller* von der Facultät zum Druck genehmigt.

Bern, den 25. Januar 1893. Der Dekan: *Strasser*.

Meinen theuern Eltern

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30588625

Zur Casuistik der primären Vaginal- und Vulva-Carcinome.

Wenn wir einen Blick auf die statistischen Mittheilungen über die Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane werfen, so fällt uns die ungleichmässige Vertheilung dieser bösartigen Neubildung an den verschiedenen Generationsorganen der Frau auf. Während Uterus, Mamma, Ovarien so oft primär an dieser Neubildung erkranken, werden Vagina und Vulva sehr selten primär befallen.

Nach L. Mayer erkrankten in 266 Fällen von Krebs — der Uterus allein — 109 mal, Uterus mit sekundärer Betheiligung der Vagina 130 mal; Vagina allein nur 8 mal und Vulva 9 mal.

Unter 8287 Todesfällen durch Krebs, wie es Beigel in den Todtenlisten von Paris verzeichnet fand, sollen nur 14 Fälle von primärem Scheidenkrebs gewesen sein. In dem Prager pathologischen Institute waren unter den 202 an Krebs gestorbenen und zur Sektion gekommenen Frauen 76 Cervix-Carcinome, 38 mit sekundärer Erkrankung der Vagina und nur 3 primäre Vaginal-Carcinome.

Nach Virchow kommt 1 Fall von Vulva-Carcinom auf 40 Uterus-Carcinome. Auf der Basler gynäkologischen Klinik sollen unter 99 an Krebs erkrankten Frauen nur 5 an Vulva-Carcinom gelitten haben. Diese auffallende Seltenheit wurde auch auf der hiesigen Klinik konstatirt.

Im Verlauf von 22 Jahren — von 1871—1892 — fanden sich nur 7 Fälle von Vulva-Carcinom und 9 Fälle von pri-

märem Scheidenkrebs. Zu ganz ähnlichen Schlüssen kommen wir, wenn wir die bisher in der Litteratur beschriebenen Fälle von primärem Scheiden- und Vulva-Carcinom nachsehen. Bis zum Jahre 1886 waren in der Litteratur nur 40 Fälle von primärem Scheidenkrebse und ungefähr ebensoviele Fälle von Carcinom der Vulva beschrieben.

Dagegen wurde von manchen Gynäkologen darauf aufmerksam gemacht, dass diejenigen Fälle, bei denen das Vaginal-Carcinom erst später auf die Vaginalportion übergegriffen hat, als primäre Uteruskrebse angesehen werden, welche erst sekundär die Vagina ergriffen haben — es komme demgemäss das primäre Vaginal-Carcinom etwas häufiger vor, als man gewöhnlich annehme.

Da aber, wie wir später sehen werden, die primären Scheiden-Carcinome sogar bei sehr ausgedehnter Verbreitung den Uterus gar nicht oder sehr wenig afficiren, so wäre es doch in der Mehrzahl der Fälle nicht so schwer zu beurtheilen, wo wir mit einem primären und wo mit einem sekundären Scheidencarcinome zu thun haben.

Diese Frage ist noch einigermassen desto leichter zu entscheiden, da die primären Scheidenkrebse ihre besondere Prädilectionsstelle haben — namentlich die hintere Scheidenwand — und die Neigung haben, sich bis zum Scheideneingang zu verbreiten, was bei dem sekundären Scheidenkrebs nicht der Fall ist. Der sekundäre Scheidenkrebs greift gewöhnlich auf die vordere Scheidenwand über und erreicht nie oder sehr selten den Scheideneingang, sogar in den vorgerücktesten Fällen nicht.

Doch, trotz allen diesen Möglichkeiten einen primären von einem sekundären Scheidencarcinom unterscheiden zu können, sind doch bisher auf den grössten Kliniken und von den bekanntesten Gynäkologen sehr wenige solcher Fälle beobachtet worden.

Das alles mit den statistischen Angaben zusammen genügt, glaube ich, um die grosse Seltenheit des primären Scheidenkrebses zu bestätigen.

Die Seltenheit des Vulva-Carcinoms steht ausser jedem Zweifel, da dasselbe mit nichts anderem in Bezug auf seine primäre Natur verwechselt werden kann.

Die grosse Seltenheit dieser beiden Erkrankungen veranlasste mich, auf Rath meines verehrten Lehrers, Herrn Professor Müller, die Fälle der hiesigen Klinik zu veröffentlichen.

Ich hatte dabei die Absicht, das Material zu weiteren Untersuchungen mit den Beobachtungen der hiesigen Klinik zu bereichern und in Bezug auf Aetiologie, Alter, Symptomatologie, Prädilectionsstelle, Prognose und Therapie einige Schlüsse zu ziehen, soweit es bei so verhältnissmässig geringem Materiale möglich ist, und sehen, inwiefern die Schlüsse aus meinen Fällen mit den Angaben der Autoren, die diese Frage berührt haben, übereinstimmen.

I. Primäre Vaginalcarcinome.

1. Fall.

El. Bals. 55 J. Aufgenommen den 20. VIII. 77. (Nr. 93.)

Hat nie geboren. Seit 12 Jahren verheirathet. Erste Menstruation mit 18 Jahren; unregelmässig 8—10 Tage dauernd mit starkem Blutverlust. In den ersten Jahren nach der Verheirathung trat unter 3 Malen eine starke Blutung auf mit Abgang von Coagula, ohne dass die Menses aufhörten. Fluor albus immer. Vor einem Jahre die Menses ausgeblieben. Urin- und Stuhlbeschwerden. Allgemeines Unwohlsein; wegen dem kam Patientin in Spital. Statur gross, Patientin mager, etwas anämisch. Blase stark gefüllt. Detrusor wirkt beinahe gar nicht. Blase kann nach allen Richtungen ausgedehnt werden. Introitus Vaginae verengt durch vier harte nuss- bis haselnussgrosse Knoten: der grösste am unteren Ende des Uretralwulstes; dem gegenüber ein zweiter Knoten an der hintern Scheidewand und zwei weitere an den beiden Seitenwänden. Der vordere zeigt eine exulcerirte Oberfläche; in der Scheide sonst nichts. Auf der rechten Seite der Vaginalportion, da, wo sie in das Scheidengewölbe übergeht, sitzt ein starker, erbsengrosser, harter, glatter Knoten. Uterus retroflectirt, 7 cm. lang; druckempfindlich, ziemlich hart, nach hinten fixirt. Zu diagnostischen Zwecken wurde der Knoten an der Vaginalportion abgetragen und die mikroskopische Untersuchung ergab « Carcinom ».

Den 29. VIII wurden der in die hintere Vaginalwand eingebettete und an der Vaginalportion aufsitzende Knoten abgetragen; die Wundränder durch Nähte vereinigt.

Patientin war asphyctisch während der Narcose; die drei übrigen Knoten konnten desshalb nicht weggenommen werden.

5. IX. 77. Herausnahme der Nähte; die Wunden sind nicht vereinigt; sie haben sich in granulirende Geschwüre umgewandelt. In der hintern Vaginalwand ist ein neuer Knoten aufgetreten.

Am 11. IX. 77 wurde die Abtragung des Knotens am untern Ende des Harnröhrenwulstes mit dem Messer vorgenommen; wegen starker Blutung wird die Tamponade der Vagina mit Liq. ferri-Tampons gemacht.

27. IX. Die Wundfläche granulirte gut. Am 9. X. 77 wurde die Patientin entlassen.

Obwohl wir in diesem Falle nicht mit einem ganz reinen Vaginalcarcinom zu thun haben, da die Portio vaginalis schon in Mitleidenschaft gezogen ist, so glaube ich, steht doch ausser jedem Zweifel, dass die Neubildung ihren Ausgang primär aus der Vagina genommen habe, und nur sekundär den Uterus afficirte, denn wie könnte man es sich sonst anders erklären, dass der ganze Vaginalkanal bis an das Introitus Vaginae von der Neubildung ergriffen ist, und die Portio vaginalis nur einen einzigen Knoten an ihrer rechten Seite besitzt.

2. Fall.

Frau A. V. 34 J. Aufgenommen am 2./I 80. (Nr. 1.)

Menstruirte mit 14 Jahren regelmässig vierwöchentlich, 4—5 Tage dauernd, ziemlich stark, ohne Molimina. Patientin hat einmal normal geboren vor 10 Jahren. Kind 4 Monate alt gestorben; wurde nur 14 Tage gestillt. Früher war Patientin stets gesund, hat nur an chlorotischen Beschwerden hie und da gelitten. Vor 4 Jahren bemerkte Patientin einen starken Fluor aus der Scheide auftreten; er nahm an Intensität zu. Patientin konsultirte einen Arzt. Innerliche Behandlung. Seit dem Jahre 79 nahm der Fluor einen übelriechenden Geruch an; Farbe blieb gelb, nie blutig; gleichzeitig traten nach anstrengender Arbeit heftige Kreuzschmerzen auf, die Morgens nachliessen. Geruch unerträglich für die Umgebung. Konsultation eines zweiten Arztes. Injectionsverordnung. Der Zustand hat sich dabei nicht wesentlich verändert, Geruch aber etwas nachgelassen. Menses sind gleich geblieben. Urin etwas getrübt, intensiv riechend. Appetit und Stuhlgang normal. Seit dem Herbst will Patientin etwas abgemagert sein und leicht müde werden. Ein Bruder der Patientin soll 21 Jahre alt an Magenkrebs gestorben sein.

Status praes. Patientin schlanke Person von magerem und blassem Aussehen. Herz und Lunge normal. Epigastium auf Druck schmerzhaft. Im Abdomen nichts nachzuweisen. Bauchdecken schlaff.

Die innere Untersuchung ergibt Folgendes:

Die obere Fläche der hintern Vaginalwand fühlt sich ganz überdeckt mit knolligen erbsengrossen Höckern, welche eine jauchige eitrige sehr übelriechende Flüssigkeit absondern. Diese Höcker sind im hintern Scheidengewölbe so gross, dass es schwer wird die Portio vaginalis zu erkennen. Mit dem Speculum erkennt man die Höcker als grauröthliche Knoten, welche obiges Secret liefern.

14. Januar. Patientin klagt über Schmerzen im Hypogastrium und Kreuz. Befindet sich sonst wohl. Therap: Sitzbäder, Phenylinjection, bekommt noch Tinct. Chin. Comp.

21. Januar. Klinische Vorstellung. Bei der inneren Untersuchung erkennt man, dass die vordere Lippe intakt ist, die hintere auf ihrer hinteren Fläche bereits ulcerirt und von der Neubildung ergriffen. Die Neubildung hat zu sehr nach der Seite gewuchert, um an eine operative Behandlung zu denken.

27. Januar. Die Ulceration wird mit ganz concentrirter Chromsäure betupft.

21. Februar. Geschwüre reinigen sich. Beschwerden geringer. Der objektive Befund derselbe. Fluor nicht mehr übelriechend.

2. April. Beschwerden sind immer gleich; stinkender Ausfluss. Neue carcinomatöse Wucherungen in der Vagina.

Aetzung mit Acid. Chrom.

Patientin wurde auf Wunsch entlassen.

Wenn wir die Krankengeschichte von diesem Falle genau durchlesen, so ist sehr leicht festzustellen, dass es sich hier um ein echt primäres Vaginal-Carcinom handelt. An diesem Falle kann man glücklicherweise nachforschen, wie allmählig die Neubildung von der Vagina aus die Portio vaginalis in Mitleidenschaft gezogen hat. Bei der ersten Untersuchung der Patientin am 2. Januar war noch die Portio schwer zu erkennen in Folge der die hintere Scheidewand ausfüllenden Tumoren; am 21. Januar bei der klinischen Vorstellung ist schon das Ergriffensein der Portio und namentlich die Ulceration der hinteren Mm. Lippe deutlich zu konstatiren.

3. Fall.

Frau F. K. 37 J. Aufgenommen am 29./IV 80. (Nr. 69).

Patientin menstruirte mit 15 Jahren; Menstruation regelmässig; vierwöchentlich; 5—6 Tage dauernd, ziemlich stark, ohne Molimina. Patientin hat 5 mal geboren. Kinder leben; alle wurden gestillt 8—9 Monate lang. Wochenbette normal. Früher war Patientin immer gesund. Seit einem $^1/_2$ Jahre fühlte sich Patientin nicht mehr recht wohl. Magerte etwas ab, ohne jedoch Schmerzen zu empfinden. Vor 3 Monate trat ein ziemlich starker Ausfluss aus der Scheide auf, der allmählig einen übelriechenden Geruch annahm; gleichzeitig fühlte Patientin, dass der Coitus schmerzhaft wurde, und von geringem Blutabgang gefolgt. Die Menses sonst gleich wie früher, nur seit der letzten Menstruation dauerte die Blutung anhaltend 3 Wochen. Schmerzen hat Patientin bis jetzt keine empfunden. Appetit normal. Stuhlgang retardirt; Blasenfunktion normal. In der letzten Zeit fühlt sich Patientin wesentlich abgeschwächt.

Status. Patientin gut genährte etwas cachectisch aussehende Person. Abdomen nicht aufgetrieben. Bauchdecken schlaff, nicht gespannt, nirgends besonderes zu entdecken. Scheide weit. Uterus retroflectirt; der Fundus durch die hintere Scheidenwand zu fühlen.

4. V. 80. Untersuchung in Chloroformnarcose ergibt Folgendes:

Im hinteren Scheidengewölbe vom Ansatz des Cervix an bis an die Mitte der hinteren Scheidenwand ein 5 Frankenstück grosses, rundes Geschwür mit scharfen Rändern, sehr verdicktem Boden und zerklüfteter Oberfläche. Vordere Mm. Lippe intakt; hintere etwas verdächtig. Bei der Rectaluntersuchung findet man die Rectalschleimhaut intakt, dagegen fühlt man im rechten Parametrium, nahe am rechten Scheidengewölbe eine verdickte Stelle, wo wahrscheinlich eine Infiltration schon begonnen hat.

Diagnose wurde gestellt: «Carcinoma Vaginae mit beginnender Infiltration des Parametriums».

Patientin erhält Sitzbäder und Phenylinjection. 10. Mai. Patientin fühlt sich subjektiv besser; sehr wenig und nicht übelriechender Ausfluss; Geschwüre haben sich gereinigt. Die carcinomatöse Geschwürfläche wurde mit einem scharfen Löffel abgekratzt, und mit concentrirter Phenyllösung betupft.

Patientin erhält kräftige, flüssige Nahrung. Am 13. Mai wurde die Operation vorgenommen, wurde aber unterbrochen, weil die carcinomatösen Massen schon bis an den Knochen vorgedrungen sind.

Die Therapie konnte demgemäss nur in desinficirenden Irrigationen und Aetzungen bestehen.

Am 22. Juni wurde die Patientin entlassen. In dieser Zeit bekam sie Schmerzen in der Leiste: der Ausfluss wurde stark übelriechend. Granulationen bluteten etwas. Im rechten Scheidengewölbe begann ein tiefer Ulcerationstrichter sich auszubilden. Es wurde Ol. Hyosciaminum zum Einreiben verschrieben und Aetzungen mit Acid. Chromic.

Nach einer Mittheilung aus der Heimat ist Patientin Mitte September 1880 zu Hause gestorben.

Die primäre Natur des Scheidenkrebses bei diesem Falle steht ausser jedem Zweifel, da man über die hintere Lippe der Portio vaginalis nur sagen kann, dass sie verdächtig sei, indem die Neubildung fast die ganze hintere Scheidenwand schon ausgefüllt hat und in die Tiefe bis an den Knochen vorgedrungen ist.

4. Fall.

Frau W. Chr. 54 J. Aufgenommen am 6. Juli 1885. (Nr. 263.)

Patientin menstruirte mit 18 Jahren. Als Kind will sie stets gesund gewesen sein, Periode in Ordnung; alle 3 Wochen; 3 Tage lang mit Krämpfen im Unterleib und Schmerzen im Kreuz. Hat

3 mal geboren. Erste Geburt mit der Zange vollendet, die übrigen ohne ärztliche Hülfe, aber immer mit Mühe und sehr lange dauernd. Wochenbette gut verlaufen. Alle Kinder wurden gestillt. Erste Geburt im Jahre 1856, letzte im Jahre 1872. Im Frühjahr 1884 blieben die Regeln aus; vorher hat Patientin ununterbrochen an Blutungen gelitten. Seitdem Regeln ausgeblieben. Keine Blutung mehr bis zur Stunde. Patientin hat seit 2 Monaten « Brand im Unterleibe » beim Wasserlassen und Stuhlgang. Urin trüb; Schmerzen in den Geschlechtstheilen. Stuhl anhaltend. Kein Fluor albus. Appetit gering. Abmagerung in der letzten Zeit.

Status praes. Scheideneingang verschlossen durch harte Massen und Excrescenzen. Untersuchung per Vaginam unmöglich. Bei der rectalen Untersuchung fühlt man knollige, knotige Massen, die den ganzen Beckenkanal, soweit man mit dem Finger hinaufreichen kann, ausnehmen. Ueber den knolligen Massen fühlt man nochmals einen ovalen, weicheren Körper, den man für den Uterus halten darf. Die Urethra ist frei.

Diagnose wurde auf « Carcinoma Vaginae » gestellt. In Chloroformnarcose war nichts anderes zu finden. Die Beschwerden der Patientin nahmen an Intensität immer mehr und mehr zu. Sie bekam immer Brennen in den Genitalien, dünnen und schmerzhaften Stuhlgang, Drang nach unten. Die Untersuchung am 4. December 1885 ergab Folgendes: Der Introitus ist etwas geröthet, verlegt mit derben Massen. Unter dem Labium majus eine derbe sehr empfindliche Resistenz. Der Uterus lässt sich per Rectum nicht austasten. Man fühlt einen Tumor; die Masse nimmt nach oben an Ausdehnung zu. Nach oben fühlt man einen kugeligen Tumor, vielleicht war es der Uterus. Im Rectum ragt ein grosser Tumor äusserst empfindlich bis in die grosse Schamlippe sich erstreckend. Am 12. December 1885 wurde die Patientin entlassen.

Dieser Fall erinnert mich an denjenigen, welchen West publicirte und dessentwegen man ihm Vorwürfe machte, dass er solche Fälle, wo die Untersuchung per Vaginam in Folge grosser Ausdehnung der Neubildung unmöglich war, und wo weder die Portio, noch der Uterus zu controliren waren, zu den primären Scheidenkrebsen rechnete. Doch glaube ich, dass man in solchen Fällen nicht trotzdem, sondern gerade wegen dem, dass die Neubildung so den ganzen Vaginalkanal ausfüllt und die Untersuchung per Vaginam unmöglich macht, schon vom ersten Augenblick an einen primären Scheidenkrebs zu denken berechtigt ist.

Es gehört ja gerade diese Tendenz, sich bis an den Scheideneingang zu verbreiten, nur den primären Scheidenkrebsen an, im Gegensatz zu den secundären, wo das Carcinom der Portio oder des Cervix das Scheidengewölbe nur in der

unmittelbaren Nähe zu infiltriren pflegt. Was speciell diesen Fall anbetrifft, so haben wir ausserdem noch andere Anhaltspunkte, um an einen primären Scheidenkrebs zu denken. Bei der ersten Untersuchung am 15. VII. fand man über den « knotigen, knolligen Massen einen ovalen, weichen Körper », den man für den Uterus halten darf. Also war der Uterus noch nicht afficirt — wenigstens nicht greifbar — während der ganze Beckenkanal schon ausgefüllt war; das wäre kaum möglich, wenn die Neubildung auf die Vagina nur secundär übergegriffen hätte.

Bei der Untersuchung nach 5—6 Monaten am 4. December ist der Uterus schon fast nicht auszufassen, ein Beweis wie die Neubildung, nachdem sie nach unten alles vollkommen ausgefüllt hatte, sich allmählig nach oben zu verbreiten anfing.

5. Fall.

Frau W. B. 63 J. Aufgenommen am 23. Mai 1887. (Nr. 146.)

Patientin menstruirte mit 19 Jahren regelmässig ; sie war immer gesund. Hat 3 mal geboren. Letzte Geburt vor 20 Jahren. Bis vor einigen Monaten regelmässige Menstruation. Seitdem täglich Blutabgang. Vor 14 Tagen bemerkt Patientin eine schmerzhafte Auftreibung des Unterleibes, die nach einigen Tagen wegging. Es fehlen alle Beschwerden. Alle Functionen in Ordnung. Verwirrte Denkungsart. Bei der *äusseren Untersuchung* findet man einen bis zum Nabel reichenden, unregelmässigen festen, knolligen Tumor, der sich unschwer verschieben lässt. Bei der *inneren Untersuchung* findet man die Scheide verengt, der ganze Scheidenkanal vom Hymenalring fast bis zum Muttermund ist besetzt von Ulcerationen, welche von wallartigen Erhebungen umgeben sind und leicht bluten. Das Scheidengewölbe ist glatt, ebenso der kleine enge Muttermund. Der Tumor ist durch das Scheidengewölbe durchzufühlen. Bei genauer Untersuchung in Narcose wurde die Diagnose auf « Carcinoma Vaginae et Tumor abdominis » gestellt. Patientin verlässt auf Wunsch die Klinik.

6. Fall.

Frau Z. St. 38 J. Aufgenommen am 18. Januar 1890. (Nr. 20).

Patientin war früher stets gesund. Menstruirte mit 18 Jahren ; vierwöchentlich ; 3—5 Tage dauernd ; stark. Verheirathet seit dem zwanzigsten Jahre. Hat 10 mal geboren. Die siebente Geburt Abortus im fünften Monate. Uebrige Geburten alle spontan. Letzte Geburt im Juni 1888. Die Kinder wurden theilweise gestillt. Die Regeln normal bis zum August 1889 ; seither viel stärker ; ausserdem athypische Blutungen in der Menopause mit blutig gefärbtem übel-

riechendem Ausfluss. Stuhlgang angehalten. Exurese normal. Stuhlgang schmerzhaft. Schmerzen im Kreuz, in der hinteren Bauchgegend. Im August erste ärztliche Behandlung. Letzte Regeln Anfangs Januar; dauerten 4 Tage; mittelstark mit starkem Fluor verbunden, schmerzhaft.

21. I. 90. Klinische Vorstellung in Chloroformnarcose. Es wurde folgender Status aufgenommen. Kräftige Frau, leichte Anaemie. An allen Ostien des Herzens systolische Geräusche. Zweiter Pulmonalton etwas accentuirt, Spitzenstoss in der Mamillarlinie. Auf der Lunge Rasseln. Innere Untersuchung: Vordere Lippe, Cervicalhöhle intact. An der hinteren Lippe nur die untere Partie intact. Von dem oberen Theil der hinteren Lippe an nach oben und unten übergehend auf die linke Scheidenwand, leicht blutende Rauhigkeiten. Es wurde Diagnose auf « Carcinoma Vaginae » gestellt. Bei der Rectaluntersuchung zeigt sich die Schleimhaut des Mastdarmes verschieblich auf dem Carcinom, wenigstens an mehreren Partien. Die Ausbreitung nach oben würde die Operation erlauben, da sie dort nicht zu bedeutend war; dagegen war die Ausdehnung in der Breitenrichtung der hinteren Vaginalwand bedenklich. In Folge des bestehenden Herzfehlers und der Ausdehnung des Carcinoms wurde von einer Operation abgesehen. Es wurde nur Cauterisation mit Acid. nitr. fum. vorgenommen.

Am 24. I. 90 wurde die Frau entlassen.

7. Fall.

Frau G. M. 56 J. Aufgenommen am 6. November 1890. (Nr. 332.)

Patientin menstruirte regelmässig mit 16 Jahren bis zum Frühjahr 1889. Verheirathet seit dem 21. Jahre. Hat 7 mal normal geboren. Seit März 1890 wieder Blutung, die anhielt bis heute, nur ist sie seit einiger Zeit wässriger und riechender geworden. Patientin soll heruntergekommen sein.

Status vom 7. XI. 90.

1 – 2 cm. hinter dem Introitus Vaginae beginnt schon eine Geschwulstmasse, die die Scheide fast ganz ausfüllt. Die vordere Vaginalwand ist fast frei, die vordere Lippe ist intact. Die hintere Wand ist vollständig ergriffen, ebenso die hintere Lippe. Es wurde die Diagnose auf Carcinoma Vaginae gestellt, die auf die hintere Lippe übergegriffen hat.

Am 17. XI. 90 wurde die Operation ausgeführt. Der Tumor wurde zu $^2/_3$ umschnitten an seiner unteren Partie, und dann von seiner Unterlage losgelöst. Die Blutung war unbedeutend, trotzdem bis zur Rectalschleimhaut vorgedrungen wurde. Der Tumor konnte bis zum hinteren Scheidengewölbe zum grossen Theil losgelöst werden. Nach rechts ging die Neubildung höher hinauf und erstreckte sich auch weiter in das vordere Scheidengewölbe hinein. Es wurde auch hier ziemlich hoch mit Umschneidung und Loslösung vorgedrungen; schliesslich überzeugte man sich, dass man an dieser Stelle eine ungefähr 2 Frankenstück grosse Masse hätte sitzen lassen müssen.

Die losgelösten Partien wurden abgetragen; die gesetzte Wundfläche von unten her mit 4 Catgutnähten verkleinert, und dann die Vagina mit 3 Jodoformstreifen austamponirt. Vor der Entlassung der Patientin war folgender Status am 25. XI. 90 — 8 Tage nach der Operation — aufgenommen.

Von den unteren Partien des Carcinoms ist nichts mehr zu finden; dagegen findet man in der Nähe der Vaginalportion noch einen nussgrossen Knoten und nach der rechten Seite Fortsetzung desselben.

Am 28. XI. 90 wurde die Patientin entlassen.

8. Fall.

Frau V. H. 56 J. Aufgenommen am 13. Juli 1888. (Nr. 197.)

Patientin kommt in sehr heruntergekommenem Zustande in die Anstalt. Als Kind war sie gesund. Menstruation regelmässig; alle 4 Wochen 4—5 Tage dauernd; mässig stark ohne Schmerzen. Patientin hat niemals geboren. Seit 3 Wochen starke intensive Schmerzen im Unterleib und in den Beinen. Seit 3 Monaten übelriechender Ausfluss. Bis vor 3 Monaten will Patientin stets gesund gewesen sein. Exurese schmerzhaft; Stuhlgang angehalten.

Status praes. vom 13. Juli 1888: Patientin höchst schwach und anämisch. Bei der äusseren Untersuchung sind die Bauchdecken oberhalb der Symphyse schmerzhaft auf Druck. Links und rechts geschwollene Lymphdrüsen. Bei der inneren Untersuchung findet man an der vorderen Vaginalwand in der Höhe der Portio vaginalis Uteri einen 5 Frankenstück grossen Defect, dessen Ränder infiltirt sind und Grund fetzig ist. Vaginalportion ist normal. Ausfluss sehr intensiv übelriechend.

Diagnose wurde auf Carcinoma Vaginae gestellt. Patientin klagte über intensive Schmerzen in der Harnblasengegend; sie bekam Morphium und Holzessigausspülungen. Am 16. Juli wurde Patientin commatös, reagirte fast nicht mehr; der Puls war kaum zu fühlen. Am 16. Juli trat der Exitus ein. Die Section von Herrn Professor Langhans ausgeführt, ergab Carcinom der Blase und der Vagina.

Ich halte es fast für überflüssig hier zu erörtern, dass wir es in diesem Falle mit einem primären Scheidenkrebse zu thun haben, der erst secundär auf die Urethra und Harnblase übergegangen ist. Dafür spricht die ganze Anamnese der Frau. Sie gibt ausdrücklich an, dass sie vor 3 Monaten vollkommen gesund gewesen sei und seit 3 Monaten nur übelriechender Ausfluss besteht, dabei aber keine Schmerzen und keine Harnbeschwerden; diese letzten Symptome sollen erst vor 3 Wochen aufgetreten sein.

Wäre die Blase primär afficirt, so wäre es unmöglich, dass die Patientin gar keine Schmerzen und keine Harn-

beschwerden hätte; es ist ja allgemein bekannt, dass das Blasencarcinom starke Schmerzen, Urinbeschwerden, Druck in der Harnblasengegend hervorruft, was sie alles erst vor 3 Wochen bekommen hatte.

9. Fall.

S. S. 36 J. Aufgenommen am 3. November 1892. (Nr. 297).

Der Vater der Patientin starb an Lungenentzündung. Sie selbst war stets gesund. Erste Menstruation zu 16 Jahren, regelmässig vierwöchentlich, 3 Tage dauernd, stark, ohne Molimina. Patientin hat 6 mal geboren und 2 mal abortirt. Geburten und Wochenbette immer normal. Patientin hat wegen Mangel an Milch die Kinder nicht gesäugt. Letzte Geburt vor $2^1/_2$ Jahren. Letzte Menstruation im Anfang Februar. Kindsbewegungen wurden Anfangs Juli gespürt. Im Mai bemerkte Patientin geringen Blutabgang, der nach wenigen Tagen sistirte. Nach einigen Wochen von neuem Blutung, die länger anhielt, so dass Patientin glaubte, dass eine Frühgeburt im Gange wäre. Die Blutungen hielten mit kurzen Unterbrechungen in mässiger Stärke bis zu Ende August, wo sie ausserordentlich stark wurden, so dass Patientin sehr herunterkam. Schmerzen haben nie bestanden; geringer, nicht übelriechender Fluor besteht seit Beginn der Schwangerschaft, soll aber in den früheren Graviditäten auch gewesen sein. Diurese in Ordnung, Stuhlgang ganz normal, ohne Beschwerden. Patientin gibt an, in den letzten Tagen schwächer geworden zu sein. Sie hat bis zuletzt auf dem Felde gearbeitet.

Status praes. Gut genährte, kräftige Frau von gesunder Gesichtsfarbe. Brustorgane gesund. Urin stark blutig, frei von Eiweis, mikroskopisch zahlreiche weisse und rothe Blutkörperchen, keine Cylinder. Abdomen aufgetrieben wie im 6. Monat der Schwangerschaft. Fundus Uteri bis zum Nabel reichend; Herztöne links zu hören. Scheide weit. Auf ihrem hinteren Abschnitt, etwa 3 cm. vom Introitus beginnend, zieht sich nach oben zu eine circa 6 cm. lange, ebenso breite und circa 3 cm. hohe knollige, weiche, leicht blutende Geschwulst, die auf der Unterlage völlig verschieblich ist, in ihren unteren Partien leichter als in den oberen. Die Geschwulst setzt sich nach der Umgebung zu mit einem Wulst ab, und wird nach oben zu von einer tiefen Furche begrenzt. Die übrige Vaginalschleimhaut erscheint ganz intact, nur ist nach rechts oben zu eine kleine fest indurirte Partie zu fühlen. Portio Vaginalis frei. Muttermund für die Fingerkuppe geöffnet. Uterus im vorderen Scheidengewölbe zu fühlen. *Per rectum* fühlt man den Tumor in seiner oberen Partie das Darmlumen stark verengernd, die Darmschleimhaut ist überall intact. Die Geschwulst blutet bei der leisesten Berührung stark.

Diagnose wurde auf primäres Scheidencarcinom mit Gravidität gestellt.

Eine Untersuchung in der Narcose am 6. IX. 92 ergibt, dass der Tumor durch 2 in das Rectum eingeführte Finger völlig an die

äusseren Genitalien gebracht werden kann und dass Infiltrationen oder Drüsen nicht zu fühlen sind. Daher wurde die Extirpation des Tumors beschlossen.

Operation in Chloroformnarcose. Nachdem der Tumor durch 2 in das Rectum eingeführte Finger an die äusseren Genitalien herangebracht worden, wurde derselbe circa 1 cm. weit im Umkreise umschnitten. Alsdann wurde er mit Messer und Scheere von seiner Unterlage abgelöst, der letzte Theil wurde mit den Fingern losgeschält. Die starke Blutung bei der Ablösung wurde durch Klemmpincetten bekämpft. Als man an die Vernähung der Wundflächen gehen wollte, trat eine äusserst heftige venöse Blutung ein, die hauptsächlich von rechts oben herkam. Es wurde eine Reihe von Klemmpincetten angelegt, ohne dass es gelang der Blutung Herr zu werden, da die Ursprungsstelle derselben nicht freigelegt werden konnte — sie lag zu weit nach oben. Es wurde desshalb vorläufig mit Jodoformgaze tamponirt und von unten her mit der Naht begonnen. Nachdem etwa 4 Nähte angelegt waren, trat wieder eine heftige Blutung ein. Die angelegte Klemmpincette konnte in dem weichen und morschen Gewebe nur schlecht fassen. Daher entschloss man sich mit der Naht aufzuhören, liess die angelegten Klemmen liegen und tamponirte die ganze Vagina fest mit mehreren Jodoformgazestreifen. Die Patientin wurde am Schluss der Operation etwas schwächer — 2 Aetherinjectionen. Am Nachmittag stellten sich deutliche Wehen ein. Dieselben lassen am Abend nach. Herztöne des Kindes waren noch deutlich zu hören. Keine Blutung. Patientin bekommt Champagner.

7. IX. Keine Wehen mehr Die Herztöne des Kindes nur noch sehr undeutlich zu hören. Patientin spürt keine Kindesbewegungen mehr.

8. IX. Allgemeinbefinden besser. Kindesbewegungen wurden wieder gespürt. Herztöne wieder deutlich links zu hören.

9. IX. Entfernung der Tamponade und der Klemmen. Dabei tritt eine starke Blutung ein, so dass von einem beabsichtigten Weitervernähen der Wunde abgesehen und die Vagina wiederum fest tamponirt werden musste. Am Nachmittag Temp. $38,_4$, Puls 108.

11. IX. Entfernung der Tamponade. Täglich 2 mal Ausspülung der Scheide mit Borsalicyl.

21. IX. Die Wunde schlecht belegt. Temp. andauernd normal. Allgemeinbefinden gut. Herztöne des Kindes deutlich zu hören. Die Wunde wurde mit Tinct. Jod. geätzt.

26. IX. Die Wunde sieht reiner aus. Von einem Tumor nichts mehr zu merken. Herztöne des Kindes deutlich. Patientin wurde entlassen; soll zur Entbindung wieder kommen.

Im November erfolgte die Geburt; sie verlief vollkommen normal. Ein Recidiv wurde nicht constatirt.

Dieser Fall ist sehr interessant damit, dass zu einem primären Vaginalcarcinom sich noch eine Schwangerschaft hinzugesellt hat. Solche Fälle, Combination von primärem

Vaginalcarcinom mit Schwangerschaft sind in der Litteratur sehr wenige erwähnt worden.

Ueber die Aetiologie der primären Scheidencarcinome ist noch sehr wenig Bestimmtes angegeben worden. Wie überhaupt bei Carcinomerkrankung, so auch bei primärem Vaginalcarcinom, wurde auf den Reiz, als ätiologisches Moment, grosses Gewicht gelegt.

Man suchte in grosser Fruchtbarkeit, vielen überstandenen Geburten, den Grund für diese Erkrankung; aber das hat sich noch nicht bestätigt, da die Angaben der einen Autoren mit denen der anderen nicht ganz übereinstimmen.

Brückner z. B. leugnet dieses ätiologisches Moment für den primären Scheidenkrebs und gibt folgende statistische Beweise dazu:

Unter 17 Fällen von primärem Scheidenkrebse befanden sich 6 Frauen, die gar nicht geboren hatten; die, welche geboren haben, hatten zusammen 20 ausgetragene Kinder gehabt, also jede Frau $2,_8$ Kinder.

West dagegen sieht in den vielen und rasch aufeinander folgenden Geburten und Schwangerschaften die Hauptursache für das Entstehen des primären Scheidenkrebses. Unter 19 Kranken, die er beobachtete, war nur eine unverheirathet, die übrigen 18 waren 95 mal schwanger gewesen und haben 86 Kinder geboren, so dass auf jede Frau $5,_3$ Schwangerschaften und $4,_7$ ausgetragene Kinder kamen.

Was meine Fälle anbetrifft, so fanden sich unter 9 Frauen 2, die nie geboren haben, 1 die einmal geboren hatte; alle zusammen hatten 40 Kinder, also $4,_5$ auf jede Frau. Das scheint mit West's Angaben zu stimmen. Doch wage ich nicht daraus schon bestimmte Schlüsse zu ziehen, da viele Fälle sich noch finden, die sowohl für die eine, als für die andere Theorie sprechen könnten.

Uebrigens muss noch in Erwägung gezogen werden, dass auf Tausende von Geburten vielleicht 1 Fall vom primären Scheidenkrebs komme. Es ist demgemäss höchst unwahrscheinlich, dass die Geburt an und für sich eine starke Disposition für Auftreten der Vaginalkrebse abgebe.

Um den Reiz durch beständigen Fluor albus zu beschuldigen, haben wir auch sehr wenig Anhaltspunkte. In der

Litteratur ist sehr wenig darüber angegeben; in meinen Fällen finden sich nur 3 Frauen, die an Fluor albus gelitten haben; unter diesen hat eine nur während der Schwangerschaft an Fluor gelitten, bei den übrigen ist nichts davon bemerkt worden.

Weiter ist es sehr fernliegend, traumatische Insulte und präexsistirende gutartige Geschwülste als praedisponirend zu primärer Scheidenkrebserkrankung anzunehmen.

Schon die grosse Seltenheit dieser Erkrankung allein konnte uns veranlassen, die oben angeführten ätiologischen Momente ausschliessen zu dürfen, denn wie könnte man anders den so selten vorkommenden primären Scheidenkrebs, mit den so häufigen Erkrankungen der Frauen an verschiedenen Lageveränderungen des Uterus und Prolapsen vereinbaren, Erkrankungen, die so viel Anlass zu traumatischen Insulten jeder Art geben: Anlegung und Tragen von Pessarien, Insulte bei vollkommen unbehandelten Prolapsen in Folge von Reibung etc. In der Litteratur findet sich nur ein einziger Fall angegeben, in welchem ein primärer Scheidenkrebs sich gerade auf derjenigen Stelle entwickelte, welche dem Reize und Drucke eines jahrelang liegenden Pessars ausgesetzt war. Unter meinen Fällen fand sich einer, bei dem zu einem schon bestehenden Abdominaltumor sich noch ein Carcinom der Scheide hinzugesellte.

Darüber kann man dasselbe sagen, wie über die traumatischen Insulte; die gutartigen Geschwulste der Genitalien sind zu oft, um sie mit dieser so seltenen Erkrankung in Zusammenhang stellen zu können. Ausserdem gibt es noch ziemlich viele Fälle von primärem Scheidenkrebs, wo weder von Geburten, noch von irgendwelchem langdauernden Reize die Rede sein kann. Das sind Fälle von primärem Scheidenkrebs bei ganz kleinen Kindern.

Smith fand bei einem 14monatlichen Mädchen Krebs der Recto-Vaginalwand. Guersant fand bei einem $3^1/_2$jährigen Kinde ein vom Introitus vaginae ausgehendes Blumenkohlengewächs, von 20 cm. Länge und 25 cm. Breite. Ganz einen ähnlichen Fall — 9jähriges Kind — erwähnt noch Johannowsky, der ihn in der Strassburger pathologischen Sammlung an einem gut erhaltenen Präparate sah.

Das Vorkommniss dieser Neubildung in so frühem Lebensalter, wie 14 Monate, kann uns auf den Gedanken führen, dass es sich um congenitale Anlage handeln konnte, d. h. es gibt uns wenigstens die Möglichkeit, an die Richtigkeit der Conheimschen Hypothese glauben zu dürfen. Es sind aber noch so wenige Beweise dazu geliefert worden, dass man sich nicht bestimmt weder pro noch contra aussprechen kann.

Diese Theorie ist um so weniger annehmbar, da wir doch die meisten Erkrankungen mit primärem Scheidenkrebs auf das höhere Alter verlegen müssen, obwohl wir in dieser Hinsicht auch die widersprechendsten Angaben in der Litteratur und in den Lehrbüchern finden.

Nach Breisky soll das Lebensalter an primären Scheidenkrebs Erkrankten mit dem der an Carcinoma Uteri Leidenden übereinstimmen. Nach Fritsch und nach den Zusammenstellungen von Küstner und Brückner sollen vom primären Vaginal-Carcinom, zum Unterschied vom Uterus-Carcinom, etweder ganz jugendliche Individuen, nach Fritsch, oder am meisten Frauen zwischen 30—40 Jahren, nach Küstner, befallen werden.

Unter meinen Fällen fanden sich die meisten Erkrankungen zwischen 30—40 und zwischen 50—60 Jahren.

Aber wenn wir das Material nicht nach einem, sondern nach mehreren Decennien ordnen, so sieht man, dass die Angaben der Autoren fast alle übereinstimmen. Die Zusammenstellung von Brückner und Küstner ist folgende:

Es erkrankten an primärem Scheidencarcinom Frauen zwischen

15—20	Jahre	2	Fälle
22—30	»	3	»
31—40	»	10	»
41—50	»	4	»
51—60	»	6	»
61—70	»	1	Fall

Unter meinen Fällen fanden sich zwischen

30—40	Jahre	4	Fälle
50—60	»	4	»
60—70	»	1	Fall

Aus diesen Zahlen ergibt sich, dass am meisten Frauen zwischen dem 30.—60. Lebensjahre erkranken, worin fast alle Autoren übereinstimmen.

Das primäre Vaginal-Carcinom nimmt seinen Ausgang, im Gegensatz zum secundären, aus der hinteren Vaginalwand, und dabei hat es die Tendenz, den ganzen Vaginalkanal ringförmig auszufüllen, so dass in mehr oder weniger vorgerückten Fällen nicht mehr zu eruiren ist, von wo eigentlich die Neubildung ihren Ausgang genommen hat. In den von Küstner beschriebenen Fällen befand sich die Neubildung 9 mal an der hinteren und 2 mal an der vorderen Wand, und in West's Fällen 6 mal an der hinteren Wand und 11 mal ringförmig.

Unter meinen 9 Fällen ist in 3 Fällen der ganze Vaginalkanal ergriffen, in 3 Fällen ist bestimmt nachzuweisen, dass die hintere Scheidenwand der Ausgang und der bei der Beobachtung konstatirte Sitz der Geschwulst ist. Nur in einem Falle war die vordere Vaginalwand der Ausgang der Geschwulst.

Das stimmt sehr gut mit den Angaben, dass die Prädilectionsstelle des primären Scheidenkrebses die hintere Vaginalwand ist, und dass er die Tendenz hat den ganzen Scheidenkanal auszufüllen, im Gegensatz zum secundären Scheidenkrebse, der am meisten die vordere Wand betrifft, und selten zu einer bedeutenden Entwickelung gelangt, wie der primäre Scheidenkrebs.

Es bleibt uns noch übrig, die Symptome, Prognose und Therapie des primären Scheidenkrebses zu besprechen.

Die ersten Symptome des primären Scheidenkrebses äussern sich, wie alle malignen Neubildungen der weiblichen Genitalien, in Blutungen und zuerst in wässrigen, serösen Ausflüssen, die allmählig einen übelriechenden Charakter annehmen.

Nach West sollen beim primären Scheidenkrebse Schmerzen früher auftreten, als blosse Hämorrhagien. Seine Zusammenstellungen sind folgende:

Das erste Symptom war

Blosser Schmerz in	4 Fällen
Blutungen mit Schmerz in	6 »
Blutungen ohne Schmerz in	6 »
Ausfluss mit Schmerz in	1 Fall
Ausfluss ohne Schmerz in	2 Fällen

Die Zusammenstellungen von Küstner unterscheiden sich von denen des vorher erwähnten; nach ihm soll gerade das umgekehrte sein: zuerst entstehen Blutungen und nachdem treten allmählig Schmerzen auf.

In 12 von ihm verglichenen Fällen sollen folgende erste Symptome bestehen:

Blosser Schmerz	1 mal
Blutungen mit Schmerz	4 »
Blutungen ohne Schmerz	4 »
Ausfluss mit Schmerz	1 »
Ausfluss ohne Schmerz	2 »

Also 6 Fälle mit Secretionsanomalien ohne Schmerz; 5 Secretionsanomalien mit Schmerz und nur 1 mal blosser Schmerz durch Coitus hervorgerufen.

Unter meinen Fällen waren als erstes Symptom:

Blosser Schmerz in	1 Fall
Blutungen mit Schmerz in	1 »
Blutungen ohne Schmerz in	3 Fällen
Ausfluss mit Schmerz in	1 Fall
Ausfluss ohne Schmerz in	2 Fällen
Urin- und Stuhlbeschwerden in	1 Fall

Diese Angaben scheinen sowohl für die eine, als auch für die andere Annahme zutreffend zu sein. Doch glaube ich, dass eher an die Richtigkeit von Küstner's Annahme zu denken ist, da die Frauen doch eher Ausflüsse unbeachtet lassen können, als heftige Schmerzen, die sie sofort ärztliche Hülfe aufzusuchen zwingen, wesshalb sie den Schmerz als erstes Symptom den Aerzten angeben.

Küstner erklärt das frühere Auftreten der Blutungen gegenüber der Schmerzen damit, dass Carcinom überhaupt

sehr selten auf Insulte oder spontan empfindlich ist, und dass der Tumor schon sehr gross sein muss, um in der Vagina schmerzhafte Empfindungen hervorzurufen, da die Vagina sehr dehnbar ist und die grössten Pessarien in sich behalten kann, ohne erhebliche Beschwerden dadurch zu verursachen. Zu Blutungen dagegen sind die Carcinomknötchen daher geneigt, weil sie sehr morsch und leicht verwundbar sind, und bei den geringsten Insulten, welchen die Vagina so viel ausgesetzt ist — wie Zerrung bei schwerem Stuhlgang, Coitus etc. — zu bluten anfangen. In Folge der bedeutenden Säfteverluste kommen die Kranken sehr herunter, bis endlich der letale Ausgang ihrem traurigen Leben ein Ende macht.

Die Prognose ist fast in allen Fällen ungünstig puncto Radicalheilung; sogar Heilungen von kurzer Dauer kommen auch sehr selten vor; als Ausnahme können nur diejenigen seltenen Fälle dienen, die zur frühzeitigen Operation kamen. Meistens kommt es nach der radikalsten Operation zu Recidiven.

Aus den 9 oben beschriebenen Fällen ist eine Frau zu Hause, die andere im Spital gestorben, die übrigen sind entlassen worden; die einen, weil eine Radicaloperation unausführbar war, die anderen, weil Recidive auftraten, die eine zweite Operation ohne Aussicht auf Erfolg erscheinen liessen. Nur eine einzige Frau (Fall 9) wurde ohne Recidiv entlassen; wie lange aber sie recidivfrei bleibt, das ist fraglich, denn die Operation wurde erst vor 2 Monate ausgeführt.

Was die Therapie des primären Scheidenkrebses anbetrifft, so ist es selbstverständlich, dass sie womöglich in operativer Behandlung bestehen muss. Um aber irgend welche Erfolge haben zu können, muss man möglichst früh operiren, und alles krankhafte mit gesundem Gewebe zu entfernen suchen. Am radicalsten wird die Operation mit dem Messer ausgeführt, aber leider selten mit Erfolg.

In den vorgerückten Fällen ist an die Operation nicht mehr zu denken und man muss sich auf palliative Mittel beschränken. Indicirt sind in diesen Fällen Narcotica, Sitzbäder, Aetzungen, Auskratzungen mit dem scharfen Löffel, Ausspülungen etc.

II. Vulva-Carcinome.

1. Fall.

Frau B. G. 47 J. Aufgenommen am 14. April 1878.
(Nr. 43.) (Nr. 154 1879.)

Patientin hat 7 mal geboren; letzte Geburt vor 10 Jahren. Erste Menstruation mit 12 Jahren, regelmässig vierwöchentlich, 5—6 Tage dauernd. In den letzten Monaten Menstruation schwach und unregelmässig. Im November 1877 begann unter brennenden Schmerzen an der rechten Seite der Genitalien ganz vorne eine kleine, harte Geschwulst sich zu entwickeln, die rasch wuchs und die Grösse einer kleinen Faust erreichte.

Status praes. Patientin sehr abgemagert, blass. Lunge und Herz normal. An der vorderen Commissur der Genitalien in der Gegend der Clitoris bemerkt man eine stark gänseeigrosse Geschwulst von sehr unregelmässig, höckeriger, zerklufteter Oberfläche. Sie ist überall geschwürig zerfallen, sehr übelriechendes, jauchiges Secret absondernd. Die Geschwulst ist auf der Unterlage leicht verschieblich und hat etwa einen daumendicken Stiel, der in die Tiefe geht. Rechts und links sind die grossen Labien angegriffen. Die Harnröhrenmündung und Scheide vollkommen frei. Die Geschwulst wurde mit der galvanocaustischen Schlinge abgetragen. Oberhalb der Harnröhre mussten wegen parenchymatöser Blutung 4 Massenligaturen angelegt werden. Die Nachbehandlung bestand in täglichen Sitzbädern. Die Wundfläche wurde durch Granulationen vollständig bis auf ein Frankenstück gross. Am 18. V. 77 wurde Patientin entlassen.

Am 30. IX. 79 kommt die Patientin wieder. Sie klagt seit Mai 1879 über Ausfluss, der sich in der letzten Zeit vermehrt hat. Seit 2 Monaten Schmerzen und Schwellung mit Ausfluss aus der rechten Leistengegend. In der rechten Leiste eine fast haselnussgrosse, knotenförmige Erhabenheit; an der Spitze befindet sich eine kleine Oeffnung, aus der leicht trübe Flüssigkeit aussickert.

Die Induration scheint sich in die Tiefe zu verbreiten. Betreffende Partie geröthet, schmerzhaft auf Druck.

15. X. 79. Phenylumschläge auf die Leiste. Hochlagerung der Beine. Infiltration am oberen Theile des Oberschenkels.

29. X. 79. Die Infiltration etwas vermindert; Schwellung der Drüsen und Schmerzen etwas geringer. Es wurde ein Drüsen-Recidiv angenommen. Die Infiltration hängt nicht mit dem Knochen zusammen.

Am 8. November wurde die Patientin entlassen.

2. Fall.

Carcinoma Labii maj. dextr. Fibroid und Ovarial-Geschwulst.

Frau M. B. 58 J. Aufgenommen am 17. März 1881. (Nr. 47.)

Patientin menstruirte mit 15 Jahren regelmässig vierwöchentlich; 8 Tage dauernd, stark ohne Schmerzen. Patientin hat 2 mal geboren. Das erste Mal vor 21 Jahren, Frühgeburt im 6. Monate; das zweite Mal Abort im 5. Monate vor 19 Jahren. Bei der zweiten Geburt verliert Patientin viel Blut. Während der Schwangerschaft soll sie starke Schmerzen in der rechten Seite gefühlt haben, so dass sie kaum gehen konnte. Sie soll rechts in der Hüfte einen Tumor fühlen. Der Tumor soll immer gleich geblieben sein. Seit der letzten Geburt Menstruation ungleichmässig; sie kehrt häufiger und dauert wochenlang. Keine Schmerzen dabei. Menopause vor 4 Jahren. Im Juni 1880 verspürt Patientin Schmerzen an den äusseren Genitalien; dabei die letzten geschwollen. An der grossen rechten Schamlippe bemerkt sie eine erdbeerengrosse roth gefärbte, unebene Geschwulst, die nach und nach grösser geworden sein soll. Im September 1880 wurde dieser Tumor mit Höllenstein geätzt. Im Oktober 1880 wurde er mit einer Scheere abgetragen. Nach der Operation verliert Patientin viel Blut. Nach 14 Tagen bekommt sie einen Ausschlag am Unterschenkel. Nach den Angaben soll sie eine Phlebitis am rechten Schenkel durchgemacht haben. Schmerzen an der Innenfläche des Schenkels; Röthung, Schwellung. Seit der Operation starke Schmerzen beim Uriniren, Brennen in der Wunde. Die Wunde ist wie verheilt; wird seit dieser Zeit trotz Baden und Umschlägen immer grösser. Dabei von Zeit zu Zeit Blutverlust. Patientin will in der letzten Zeit abgemagert sein. Stuhlgang retardirt, muss Mittel nehmen.

Status. Patientin kleine, gedrungene Frau, noch von ziemlich gutem Aussehen. Bei der äusseren Untersuchung findet man das Abdomen aufgetrieben. Mehrere Tumoren von höckerig unebener Gestalt und harter Consistenz sind durchzufühlen. An den äusseren Genitalien am rechten Labium ein etwa 20 cm. grosses, blassrothes Geschwür, welches bei Berührung leicht blutet, und glatte ziemlich hart infiltrirte, etwas erhabene Ränder hat. Die Ränder desselben haben eine blassrothe Farbe, ebenso die Umgebung des Ulcus. Die $^2/_3$ des kleinen Labium fehlen. Die Clitoris erscheint hart infiltrirt. In der rechten Leiste eine geschwollene noch bewegliche Drüse, welche sprungförmig in die Tiefe geht. Die innere Untersuchung ist wegen grosser Schmerzhaftigkeit sehr schwer.

Den 22. III. Entlassen auf Wunsch.

3. Fall.

Carcinoma Vulvae.

Frau M. S. Aufgenommen am 19. Mai 1881. (Nr. 85.)

Anamnese konnte wegen Schwerhörigkeit der Patientin nicht aufgenommen werden.

Status. An der linken grossen Schamlippe befindet sich eine Ulceration von der Grösse eines Zwanzigcentimestückes. Die Ulce-

ration liegt an der Innenfläche der Schamlippe; erstreckt sich bis zum Scheideneingang. Die Ränder der Ulceration sind unregelmässig hart, ebenso der Grund derselben. Die Infiltration erstreckt sich in die Tiefe, 4 cm. bis in die Vagina hinauf. Nach oben greift die Infiltration auf die Clitoris, nach unten bis an den Damm. Linkerseits einige harte geschwellte Drüsen in der Leiste.

Die Operation wurde am 13. VI. 81 vorgenommen.

Die unteren Partien der Infiltration werden mit dem Messer soweit als möglich losgelöst, und hierauf der ganze Tumor mit Einschluss der Clitoris in die galvanocaustische Schlinge gefasst und abgetragen. Die infiltrirten Leistendrüsen beiderseits wurden herausgeschnitten. Es wurde nachdem ein antiseptischer Verband angelegt.

Am 24. VI. 81 war schon die Wundfläche schön gereinigt; die Infiltration etwas geringer; bei Druck entleerte sich gelblich-dünnes Fluidum. Labie mit Granulationen bedeckt. Am 2. Juli wurden die Nähte entfernt. An der Inguinalwunde rechts gehen die Wundränder bis an die oberflächlichste Schicht auseinander; es fliesst eine gelbliche, dünne Flüssigkeit heraus. Am 14. war die Wunde des Labiums fast vollständig vernarbt. Die Patientin klagte über Schmerzen im rechten Oberschenkel.

Am 20. VII. war die Wunde vollständig geheilt. Infiltration war noch immer vorhanden. Patientin klagt immer über wechselnde Schmerzen im rechten Bein.

Am 2. VIII. wurde die Patientin entlassen. Infiltration geringer; Schmerzen fast verschwunden.

4. Fall.

Carcinoma Labii minoris.

Frau H. P. 49 J. Aufgenommen am 26. Oktober 1886. (Nr. 247.)

Patientin hat vor einigen Jahren Nervenfieber durchgemacht. Kurz nachdem leichte Lungenentzündung. Geschlechtlich soll sie stets gesund gewesen sein. Menstruation mit 14 Jahren, vierwöchentlich, regelmässig. Auch in letzter Zeit die Regeln regelmässig. Geheirathet im 43. Lebensjahre; steril geblieben. Klagt jetzt über Schmerzen in den äusseren Geschlechtstheilen, diese Schmerzen sind anhaltend und steigern sich beim Uriniren. Patientin hat das Gefühl, als ob an den Genitalien etwas wachse. Stuhlgang häufig angehalten. Appetit normal. Im Urin nichts Abnormes.

Status vom 28. X. 86. An der linken kleinen Schamlippe beginnend und auf die grosse übergehend, ein unregelmässig, gestielter, etwa 3—4 cm. im Längendurchmesser, etwa 2 cm. im Breitendurchmesser haltend, zerklüftetes Gewächs. Die Ränder nicht verhärtet, ziemlich stark geröthet. Leistendrüsen nicht exulcerirt.

Am 10. XI. 86 wurde die Operation in Chloroformnarcose vorgenommen. Die Geschwulst wurde allseitig in gesundem Gewebe mit Messer umschnitten. Der Schnitt umfasst die ganze linke, kleine Schamlippe; die grosse Schamlippe reicht nach rechts über die Mittel-

linie. Bei der Schnittführung, in der Gegend der Clitoris, entstand eine beträchtliche Blutung, die durch 4 tiefe Seidennähte gestillt wurde. Die nierenförmige Wunde war mit 17 Nähten vereinigt.

Am 18. XI wurden die Nähte entfernt. Die Wunde heilte nicht per primam, aber granulirte gut. Es wurden 2 mal täglich Sublimatinjectionen gemacht.

Am 10. XII. 86 wurde die Patientin nach Vernarbung der Wunde entlassen.

Am 18. I. 87 stellte sich die Patientin noch einmal vor. Die Wunde war vollkommen geheilt. Es bestanden keine Schmerzen.

5. Fall.

Carcinoma Labii majoris dextra.

Frau H. V. 74 J. Aufgenommen am 18. Januar 1889. (Nr. 14.)

Patientin menstruirte mit 18 Jahren. Hat nie geboren. Sie verlor die Periode im 52. Lebensjahre. Vor 2 Jahre fiel sie auf eine Kiste so, dass die rechte Schamlippe erheblich gereizt wurde. Später bemerkte Patientin, dass an der gleichen Stelle eine Geschwulst zu wachsen anfing; sie nässte nach und nach, bis sie endlich die jetzige Gestalt und Ausdehnung annahm. Schmerzen hatte Patientin nie. Ebenso wurde weder Stuhlgang, noch Exurese in irgend welcher Weise erschwert. Nur soll der Urin zuweilen übelriechend sein.

Am 30. I. 89 bei der klinischen Vorstellung fand man bei der äusseren Untersuchung des Abdomens nichts abnormes. Die rechte grosse Schamlippe ist um das dreifache vergrössert; die Oberfläche derselben rauh-höckerig, zum Theil ulcerirt, nässend, die Consistenz hart. Nach oben erstreckte sich die Infiltration nicht bis zum Kitzler, nach unten nicht ganz bis zum Frenulum; dagegen dehnte sie sich vollständig auf die rechte kleine Schamlippe bis zum Scheideneingang aus. Inguinaldrüsen rechts vergrössert. Am 16. wurde die Patientin ungeheilt entlassen.

6. Fall.

Carcinoma Labii maj. inoperabile.

Frau S. W. 74 J. Aufgenommen am 10. August 1891. (Nr. 259.)

Patientin menstruirte mit 16 Jahren, bis zum 50. Jahre. Verheirathet seit 1838; hat 4 mal geboren. Seit letzten Herbst bemerkte Patientin ein Geschwür an den äusseren Genitalien. Fühlte dabei wenig Schmerzen.

Status vom 12. VIII. 91. Linkes Labium stark vergrössert, verdickt, oedematös; die hintere Partie stark ulcerirt, von der normalen Partie durch einen scharfen Sulcus getrennt. Die Ulceration erstreckte sich auf die Dammgegend bis auf den After und ergreift noch die hintere Partie der rechten Lippe, welche im übrigen vollständig normal aussieht. Es hat sich eine Ulcerationsfläche von

8 cm. Länge und 5 cm. Breite gebildet. Ulceration überall von einem scharfen, aufgeworfenen, wallartigen Rande umgeben, zeigt an einzelnen Stellen Excrescensen.

An der linken Seite des Mons veneris bis zur halben Höhe des Poupartschen Bandes nach oben zu sich erstreckend eine Infiltration gänseeigross, nicht deutlich umschrieben. Hie und da fest, anderswo wieder weich, schwer auf der Unterlage beweglich. An der Innenfläche der Darmbeinschaufel eine Reihe von zusammenhängenden nussgrossen Knoten, die jedenfalls schon in der Bauchhöhle, unterhalb des Peritoneums, liegen. Drüsenpaquete in der rechten Inguinalgegend ebenfalls infiltrirt. Vaginalportion nicht zu erreichen. Wurde entlassen am 13. August 1891 in Folge der Unausführbarkeit einer Operation.

7. Fall.

Carcinoma vulvae.

Frau F. G. 62 J. Aufgenommen am 18. Mai 1891. (Nr. 147—387.)

Patientin menstruirte mit 17 Jahren. Menopause im 50. Lebensjahr. Verheirathet seit 1850 bis 1886. Seit Anfang Winter 1890 bemerkte Patientin ein lästiges Brennen in der Clitorisgegend. Einen Tumor hat Patientin nicht bemerkt, bis der Arzt vor 14 Tagen sie darauf aufmerksam machte.

Status praes. am 19. V. 91. Scheideneingang eng; Uterus retroflectirt, klein. Die grossen Labien oedematös geschwollen; auf Druck verschwindet die Infiltration zum Theil. In der Leiste kleinbohnengrosse, härtliche Drüsen. Die kleinen Labien rechts und links bis an's Ende der vordern Zweidrittel in einen etwa pflaumengrossen Tumor umgewandelt, der die ganze Clitoris und die vordern Zweidrittel der beiden kleinen Labien einnimmt. Der Tumor ist hauptsächlich links und in der Clitorisgegend ulcerirt und zeigt die typische geschwürige Oberfläche des Carcinoms.

Operation am 20. Mai.

Es war zuerst ein querer Schnitt 1 cm. vor der Harnröhrenöffnung, und sodann ein ovaler Schnitt zur Excision der Clitoris und der kleinen Lippen gemacht. Nachdem wurden mit spitzem Messer die grossen Lippen entfernt. Jedes spritzende Gefäss wurde gefasst und unterbunden. Die mediane Wundlinie wird vereinigt mit Seide, so dass noch eine Oeffnung bleibt von 3 cm. Höhe zum Uriniren. Aus beiden Leisten wurden rechts 2, links 3 bohnengrosse Drüsen entfernt. Jodoformcollodium darüber.

Am 25. V. 91 waren die Leistendrüsen schon geheilt, ebenso der obere Theil der medianen Wunde; die untere Hälfte musste aufgemacht werden, weil sich ein Abscess darin eingelagert hatte. Es wurden Ausspülungen mit Salicyl und Aetzungen mit Lapis gemacht.

30. V. 91. Es zeigten sich gute Granulationen.

Am 26. VI. 91. Klinische Vorstellung. Befund folgender:

Sämmtliche Wunden vernarbt; Recidiv nicht nachzuweisen. In der Gegend der Clitoris, Schamspalte bis zur Harnröhre geschlossen.

Die Patientin wurde entlassen.

Am 22. XI. 91 stellte sich Patientin wieder vor. Bis zu dieser Zeit fühlte sich Patientin wohl. Zu dieser Zeit Schmerzen an den äusseren Genitalien; es bildete sich ein Geschwür am Anus.

Status praes. Grosse Labien stark oedematös geschwollen. Am unteren Ende des rechten Labium majus 1 cm. von der Analöffnung von rechts oben nach links unten verlaufend, etwa 3 cm. langes und 2 cm. breites Geschwür, dessen Ränder stark geschwollen, hart, geröthet sind. Die Sonde dringt etwa $1^1/_2$ cm. in den Ulcus ein, stark schmerzhaft. In der Mitte der grossen Labie ein etwa erbsengrosses hartes Knötchen. In der Mitte zwischen Poupartschem Bande und Symhpyse ein etwa Zweifrankenstück grosser, stark gerötheter, mit verdünnter Haut und Schuppen versehener Höcker, in dessen Mitte eine kleine Fistel, aus der sich bei Druck Eiter entleert. Ferner war über der Narbe in der Leistengegend eine schmerzhafte Drüse von mittlerer Consistenz. In der Tiefe sind mehrere kleinere unverschiebbare Drüsen zu fühlen.

Am 30. Dezember 1891. Operation in Chloroformnarcose. Es wurde ein ovalerer Schnitt angelegt, ausgehend rechts vom oberen Rande der Symphyse, unten endigend in einer Entfernung von 2 cm. unterhalb des erwähnten Geschwürs, dass neu gebildete grosse rechte Labium umfassend. Das Labium und das Geschwür wurden entfernt, dabei sehr starke Blutung, worüber zahlreiche Unterbindungen gestellt werden mussten. Wegen der Ausdehnung des Geschwürs in die Fossa ischio-rectalis dextra musste dasselbe zum grössten Theile ausgeräumt werden. Es entstand eine sehr grosse Wundhöhle; man vereinigte die 2 oberen Drittel der Wunde, wobei theilweise Vaginal-Mucosa mit der äusseren Haut zusammengenäht werden musste. Die tiefe Wundhöhle im unteren Theile wurde mit Jodoformgase tamponirt. Parallel dem Verlaufe des Poupartschen Bandes wurde ein etwa 6 cm. langer Schnitt nach rechts angelegt, um die Fistel und die nach rechts gelegene carcinomatöse Drüse zu entfernen, wozu man ziemlich tief eindringen musste. Es wurde die Wunde vom medianen Ende ebenfalls mit Seidennähten vereinigt bis zu 2 cm. Entfernung vom lateralen Ende, und nachdem Jodoformstreifen eingelegt.

Am 8. Januar Entfernung der Nähte. Die Wunde in der Leistengegend völlig per primam verheilt; die an den Genitalien am oberen Theile ebenfalls. Es wurde ein neuer Verband mit Jodoform angelegt und alle 2 Tage gewechselt.

Am 5. Februar 1892 wurde die Patientin entlassen mit folgendem Status:

Die Wunde fast völlig verheilt. Rechts oberhalb der Symphyse eine stark infiltrirte Partie.

Man verordnete der Patientin Arg. nitr. Salbe.

Beim Lesen dieser Krankengeschichten fällt uns zuerst das relativ höhere Alter der Patientinnen auf, im Vergleich mit denjenigen Frauen, die vom primären Scheidenkrebse befallen werden. Unter den 7 von mir angeführten Fällen, vertheilt sich die Erkrankung auf folgende Jahre:

Auf das	5.	Decennium	2	Fälle
» »	6.	»	1	Fall
» »	7.	»	1	Fall
» »	8.	»	2	Fälle

Bei einem Falle ist das Alter nicht angegeben.

Diese Angaben stimmen nicht ganz mit den Angaben der Autoren überein.

Nach Winkel soll die grösste Procentzahl der Vulva-Carcinome auf das Alter zwischen 50—60 fallen.

Mayers Zusammenstellungen liefern dasselbe Resultat. Unter 13 Beobachtungen waren 7 Frauen zwischen 50–60 Jahren alt.

In meinen Fällen sind die meisten Erkrankungen auf das Alter zwischen 60—80 Jahren vertheilt.

Die Aetiologie der Vulva-Carcinome ist wie die der primären Scheidenkrebse, noch ziemlich unbekannt. Man nimmt an, dass bestehender Pruritus Vulvae Anlass zur Entstehung eines Carcinoms geben kann. Ja, es sind Fälle beobachtet worden, wo in der That Carcinom mit bestehendem Pruritus zusammenfiel, aber den letzten, als bestimmtes ätiologisches Moment, anzunehmen, sind wir doch nicht ganz berechtigt, da man häufig gar nicht im Stande ist zu sagen, was im gegebenen Falle die Folge und was die Ursache war. Es ist möglich, dass das Entstehen eines kleinen, ganz unbemerkt gebliebenen carcinomatösen Knötchens schon Anlass zum Jucken geben kann; und dieses Jucken kann ziemlich lang das einzige Symptom eines beginnenden Carcinoms sein, ohne die Patientin, und oft auch den Arzt, auf das ernste Leiden aufmerksam zu machen.

Als ein weiteres wichtiges ätiologisches Moment werden noch traumatische Insulte angenommen. West gibt einen Fall an, in welchem ein Carcinom in Folge von Sturz auf die Ecke eines Stuhles entstanden ist.

L. Mayer gibt auch 2 Fälle an, wo bei einer Frau in Folge vom anhaltenden Sitzen auf einer Bettwand, und bei einer anderen in Folge von Scheuern eines Bruchbandes, sich ein Carcinoma vulvae entwickelt hatte. Von den oben erwähnten Ursachen hat in meinen Fällen, nur bei einem einzigen ein Trauma — Anstossen mit den äusseren Geschlechtstheilen gegen eine Kiste — den Anlass zur Entwicklung eines Carcinoms gegeben. In den übrigen Fällen ist von besonderen ursächlichen Momenten nichts angegeben. Weder auf viele überstandene Geburten, noch auf bestehenden Ausfluss, kann man das Carcinom in den oben vorgeführten Fällen zurückführen, da die meisten der Patientinnen entweder gar nicht, oder sehr wenig Geburten überstanden haben. Von Ausfluss war auch nichts angegeben.

Die Symptome dieser Krankheit sind verschieden, je nach dem Stadium, in welchem wir die Kranken beobachten. Im ersten Stadium kann die Krankheit ganz symptomlos verlaufen, oder wie gesagt, Anlass zum Jucken und Brennen geben. Erst wenn der Tumor erhebliche Dimensionen annimmt, bekommen die Patientinnen heftige Schmerzen. Sehr starke Blutungen und Ausflüsse kommen gewöhnlich nicht vor; manchmal verstärken sich die Schmerzen beim Urinieren.

In der Mehrzahl der Fälle fängt die Neubildung primär an den grossen Labien an, in einzelnen Fällen an der Clitoris, und am seltensten an den kleinen Labien; aber fast immer greift die Neubildung auf die nächstliegende Umgebung über, sei es von den grossen Labien auf die Clitoris und kleinen Labien und umgekehrt, oder auf dem Lymphwege, in Form von Metastasen, in die nächstliegenden Drüsen und mehr entfernte Organe.

In meinen 7 Fällen, unter welchen 1 aus der Clitoris, ein anderer aus den kleinen und die übrigen 5 aus den grossen Labien ausgegangen waren, verbreiteten sich:

Ein Carcinom der Clitoris auf das rechte und linke Labium.

Carcinom des rechten Labium auf die Clitoris und kleines Labium.

Carcinom des linken Labium auf die Clitoris und kleines Labium.

Carcinom des kleinen Labium auf das grosse Labium.

Carcinom des rechten grossen Labium auf das rechte kleine Labium bis zum Scheideneingang.

Carcinom des grossen linken Labium auf die hintere Partie der rechten Lippe, auf die Dammgegend bis zum After.

Carcinom der kleinen Labien auf die Clitoris.

Metastatische Processe in den benachbarten Drüsen traten fast in allen Fällen auf; von Metastasen in entfernten Organen ist nichts nachgewiesen worden.

Ueber das Verhalten der Drüsen sind die Meinungen der Autoren sehr verschieden. Die Einen nehmen an, dass es zu Drüsenschwellungen nicht eher kommen kann, als bis die Neubildung schon ulcerirt ist; und wenn aber dieselbe schon ulcerirt ist, so sind die Drüsen immer geschwollen.

Der 1. Fall zeigt uns, dass es doch vorkommt, dass die Neubildung an der Vulva ulcerirt, zerklüftet sein kann, ohne dass die Inguinaldrüsen dabei geschwollen seien.

Was die erste Annahme anbetrifft, dass es vor der Ulceration nicht zu Drüsenschwellungen kommt, so kann man aus meinen Fällen nichts Bestimmtes eruiren, da fast alle Patientinnen schon im Stadium der Ulceration in die Klinik eintraten, und über die Zeit des Eintretens der Drüsenschwellungen nichts angegeben haben.

Nach Küstner sollen die Drüsen fast immer frühzeitig inficirt werden.

« Krebs der äusseren weiblichen Genitalien gewinnt einen recht perniciösen Charakter bereits frühzeitig, gehe derselbe von den Talgdrüsen oder von den Retentionscysten derselben aus, habe er seinen Sitz mehr in der vorderen oder mehr in den hinteren Partien der Vulva, in allen Fällen scheinen bereits früh die Lymphgefässe nach der nächsten Etase — Leistendrüsen — von der Neoplasma occupirt zu werden. »

Dasselbe nimmt auch Hildebrandt an. Maas dagegen hat in seinen 36 zusammengestellten Fällen 25 % gesunder Drüsen gefunden.

Es ist selbstverständlich, dass das Verhalten der Leistendrüsen beim Vulva-Carcinom eine sehr grosse Rolle spielt,

und je nachdem die Drüsen afficirt oder nicht afficirt sind, kann man die Prognose im günstigen oder ungünstigen Sinne stellen.

Manche behaupten, dass es bei Carcinoma vulvae Drüsenschwellungen einfach entzündlicher Natur geben kann, und obwohl es theoretisch auch möglich ist, so können wir doch nie sicher darüber sein, ob nicht auch carcinomatöse Keime schon mit hineingeschleppt worden sind, und wir müssen darum die Prognose bei bestehenden Drüsenschwellungen stets dubiös stellen.

Was die operative Behandlung der primären Neubildung an der Vulva anbetrifft, so sind alle darüber einig, dass man alles krankhafte mit gesundem Gewebe entfernen muss. Die Verschiedenheit tritt nur dann zu Tage, wenn man über die Behandlung der Drüsen zu discutiren anfängt.

Die Einen, wie Dieffenbach und Hildebrandt, halten die Neubildung schon für inoperabile, wenn die Leistendrüsen geschwollen sind. Die Anderen, wie Winkel, behaupten, dass die alleinige Excision der primären Neubildung an der Vulva schon genügend ist, um die geschwellte Drüse zum Abschwellen zu bringen, was er wiederholt in seiner Praxis gesehen hat. Er hält diese Operation der Drüsen darum für bedenklich, weil es sich meistens um ältere Frauen handelt, für welche die alleinige Excision des Vulva-Carcinoms schon ziemlich schwer zu ertragen ist. Es ist ja das längere Bettliegen in diesem Alter bedenklich. Er hält diese Operation nur dann für gerechtfertigt, wenn nur die ganz oberflächlichen Drüsen geschwollen sind.

Als Gegensatz zu dieser Annahme ist der Vorschlag Rupprechts, die Drüsen noch dann zu extirpiren, wenn sie sogar nicht geschwollen sind.

Ausser diesen zwei sich gegenüber stehenden Meinungen, haben wir noch den Vorschlag von Küstner, der einigermassen in der Mitte zwischen diesen beiden Extremen steht. Nach seiner Meinung hat man sich vor der Extirpation der Drüsen sowohl der tiefen, als der oberflächlichen nicht zu fürchten.

Was die oben angeführten Fälle anbetrifft, so fehlt es an längerer Beobachtung nach der Operation, um etwas Be-

stimmtes über die Erfolge gewisser Operationsmethoden zu schliessen. Im 1. Fall, wo die Patientin operirt wurde, ehe es noch zu Drüsenschwellungen kam, blieb sie beinahe 16 Monate recidivfrei; das ist schon ein verhältnissmässig guter Erfolg, und dabei stellt sich von selber die Frage auf, ob es in der That nicht rationeller wäre, die noch nicht geschwellten Drüsen bei der ersten Operation mit zu entfernen; es ist ja möglich, dass die von carcinomatösen Keimen afficirten Drüsen anfänglich keine bemerkbare Schwellung zeigen.

2., 5. und 6. Fall wurden gar nicht operirt in Folge zu grosser Ausdehnung der Neubildung.

Im 3. Fall wurde die Operation vorgenommen schon bei bestehender Drüsenschwellung und bei ziemlich grosser Ausdehnung der Neubildung nach oben und nach unten; es wurde operirt mit Messer und mit galvanocaustischer Schlinge; die Drüsen wurden herausgenommen. Die Operation verlief ziemlich gut; ungefähr zwei Monate nach der Operation wurde die Patientin fast geheilt entlassen.

Beim 4. Fall, ohne Drüsenschwellung, ist die Operation auch gut verlaufen. Zwei Monate nach der Operation war die Wunde schon geheilt; es bestanden keine Schmerzen.

Am radicalsten wurde im 7. Fall verfahren. Nach der ersten Operation verlief beinahe ein $^1/_2$ Jahr ohne Recidiv, was bei so bedeutendem Eingriffe — Entfernung der beiden kleinen und einer grossen Lippen, Excision der Clitoris und der geschwollenen Lymphdrüsen — als ziemlich günstig anzunehmen ist. Zum zweiten Mal war die Operation noch eingreifender; es wurde das grosse Labium entfernt, die Fossa ischio-rectalis ausgeräumt, die geschwellten tiefliegenden Drüsen weggenommen; trotzdem verheilten die Wunden auch dieses Mal ziemlich gut; es blieb nur eine kleine Infiltration oberhalb der Symphyse.

Solche Resultate müssen als ziemlich günstig angesehen werden und sprechen dafür, dass bei frühzeitiger Operation die Prognose eine ziemlich günstige ist, obwohl eine radicale Heilung nur in denjenigen Fällen zu hoffen ist, wo die Drüsen noch nicht afficirt waren.

Ich möchte noch bemerken, dass in den meisten von den in dieser Arbeit vorgeführten Fällen die Diagnose « Carcinom » mikroskopisch festgestellt worden ist.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Müller für seine gütige Unterstützung, meinen Dank auszusprechen.

Litteratur.

Beigel. Krankheiten des weiblichen Geschlechtes. 1875.
Breisky. Billrots Handbuch für Frauenkrankheiten.
Brückner. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. VI. Bd.
Gramaticati. Centralblatt f. Gyn. 1885. Nr. 16.
Goenner. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. VIII. Bd.
Kiwisch. Klinische Vorträge. II. Aufl. II. Bd.
Küstner. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. II. Bd.
— Centralblatt f. Gyn. Nr. 20. 1886.
— Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. VII. Bd.
Kascherarowa. Virchow's Arch. Nr. 54.
L. Mayer. Virchow's Arch. XXXV. Bd.
— Monatschr. f. Geb. XXXII. Bd.
Menzel. Centralblatt f. Gyn. 1885. Nr. 16.
Rupprecht. Centralblatt f. Gyn. 1886. Nr. 15.
Schroeder. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. XI. Bd.
Teuffel. Centralblatt f. Gyn. 1885. Nr. 10.
West. Frauenkrankheiten. 1870.
Winkel. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1886.
Zweifel. Billrots Handbuch der Frauenkrankheiten. III. Bd. 1886.